

Over het handelen van huisartsen bij patiënten met een CVA

Verslag van een schriftelijke enquête

DRS. K. H. SOESBEEK EN DR. G. J. BREMER

Het verslag van een postenquête onder 50 huisartsen. De voornaamste conclusie luidt dat de interdokter-variantie bij een patiënt met een CVA aanzienlijk is.

Inleiding

Wat doen huisartsen – althans zeggen zij te doen – bij een patiënt met vermoedelijk een cerebrovasculair accident? Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de uitkomsten van een onderzoek onder 50 huisartsen, met behulp van een „gestructureerde open vragenlijst”.*

Methode

De onderzoekspopulatie is samengesteld door uit alle waarneemgroepen in de provincie Groningen steeds de eerstgenoemde huisarts te selecteren. Aan deze 50 huisartsen is in maart 1984 een enquêteformulier toegezonden.

De enquête bestond uit vragen betreffende een papieren patiënt met een CVA en vragen met betrekking tot praktijkvoering en algemeen beleid bij patiënten met een CVA. De gevalsbeschrijving – steeds onderbroken door „gestructureerde open vragen”¹ – luidde als volgt:

U wordt 's morgens om zes uur gebeld door mevrouw Janssen. Haar man is onwel geworden toen hij naar de wc wilde gaan. Hij had moeite met lopen en zijn arm deed het niet goed meer. Zij denken zelf aan een beroerte. Voor zover u zich herinnert is mijnheer Janssen, noch zijn vrouw, de laatste tijd bij u op het spreekuur geweest. Hij gebruikt geen medicijnen en staat niet onder medische controle.

...
Bij uw aankomst ligt de heer Janssen in bed. Hij is normaal aanspreekbaar. Hij vertelt wat en hoe het is gebeurd. Wat doet u verder?

...
U vindt een hemibeeld links, armuitval

* Het onderzoek is gefinancierd door het Stimuleringsfonds Gerontologie. Een volledig verslag van de enquête ligt ter inzage bij de auteurs.

sterker dan beenuitval, die zelfde ochtend ontstaan, mogelijk drie maanden geleden een passagère uitval linker hand motoriek (TIA). Geen meningeale prikkelingsverschijnselen, geen hoofdpijn, geen braken. RR 170/100. Aan hart, longen en abdominaal geen afwijkingen. Geen carotissouffle.

Resultaten

Door 32 van de 50 huisartsen werd het enquêteformulier ingevuld en teruggezonden. De volgende percentages hebben betrekking op deze groep.

• 80 procent zegt direct naar de familie Janssen te gaan. De rest zegt in de loop van de dag, na het ochtend-spreekuur, langs te komen.

• 93 procent zou een uitgebreid onderzoek verrichten, waarbij de functie van de hersenzenuwen, de spierkracht van elke extremiteit en reflexverschillen worden onderzocht. Vrijwel allen meten de bloeddruk, luisteren naar hart en longen en letten op carotopathologie. Slechts 30 procent van de huisartsen onderzoekt de buik.

Slechts 10 procent zou geen onderzoek verrichten, maar zegt genoeg te nemen met het vaststellen van de hemiparese.

• Afhankelijk van leeftijd en vitaliteit van de patiënt en zijn echtgenote besluiten de huisartsen op grond van hun bevindingen als volgt:

– 60 procent: thuisverzorging;

– 34 procent: opname ziekenhuis;

– 6 procent: geen uitspraak.

Van degenen die besluiten de patiënt te laten opnemen, vindt 49 procent het nodig dat een differentiële diagnose wordt gesteld, 31 procent verwacht dat de patiënt verzorging nodig heeft en krijgt, 37 procent dat er in het ziekenhuis met revalidatie wordt begonnen, en 16 procent dat de patiënt een zinvolle therapie gegeven kan worden (meer dan één antwoord mogelijk).

• 37 procent zegt de patiënt in de eerste week in het ziekenhuis te bezoeken. Van degenen die zeggen de patiënt niet direct in een ziekenhuis te laten opnemen, brengt 74 procent nog diezelfde

dag een bezoek aan de patiënt. De overigen zeggen de volgende dag weer langs te zullen gaan.

• 74 procent zou bij thuisverzorging medicatie geven, meestal (47 procent) een combinatie van persantin en een aspirinepreparaat. De persantin-dosering varieert van 225 mg/dag (64 procent), via 300 mg/dag tot 400 mg/dag (7 procent); de aspirine-dosering bedraagt van 80 mg/dag (33 procent), 100 mg/dag (11 procent), 300 mg/dag (33 procent) of 600 mg/dag (11 procent).

• Blijkt de bloeddruk bij herhaling nog steeds 170/100 mm Hg te zijn, dan zegt 47 procent geen medicatie (meer) voor te schrijven. In dit geval schrijft 42 procent dan een diureticum voor. Bêtablokkers worden niet genoemd.

Tabel. Verschijnselen die voor de onderzochte huisartsen aanleiding zijn tot opname van een CVA-patiënt. Percentages (n = 32).

Bewustzijnsverlies	84
Slikstoornissen	84
„Ernstig” hemibeeld	69
Ernstige hypertensie	66
Souffle over carotis of cor	47
Diabetes mellitus	41
Atriumfibrilleren	41
Afasie	38
Decompensatio cordis	38
Urineretentie	25

Uit de tabel kunnen wij afleiden dat patiënten met ernstige verschijnselen de grootste kans lopen te worden opgenomen. Dit zijn ook de patiënten die, prognostisch gezien, de „slechtste” groep vormen.

Veruit de meeste huisartsen (80 procent) zeiden ernstig rekening te houden met een expliciet uitgesproken wens van de patiënt om hetzij thuis te blijven, hetzij opgenomen te worden.

Het was niet goed mogelijk verbanden aan te tonen tussen enerzijds praktijkvoering en anderzijds het handelen van de ondervraagde huisartsen. Wél kregen wij de indruk dat twee categorieën huisartsen het snelst geneigd zijn een CVA-patiënt op te laten nemen: solisten en huisartsen met een praktijk op het verstedelijkte platteland.

Beschouwing

Ondanks de duidelijke beperkingen die aan een postenquête kleven, mogen we uit dit onderzoek concluderen dat huisartsen divergent optreden als zij worden geconfronteerd met een patiënt met een

CVA – een uitkomst die in overeenstemming is met eerder onderzoek.^{2 3}

Het lijkt ons daarom wenselijk dat een protocol of gedragslijn voor huisartsen bij het ziektebeeld CVA wordt ontwikkeld. De primaire vraag moet daarbij niet zijn wanneer een patiënt met een CVA moet worden opgenomen, maar eerder waaruit een goede hulpverlening bestaat.

Dankbetuiging

Met dank aan C. J. Pleiter, huisarts, voor zijn medewerking aan het uitvoeren van de enquête.

¹ Knox JDE. The modified essay question. Dundee: University of Dundee 1976.

² Schure LM, Bremer GJ, Wachters-Kaufmann CSM. Insturen of thuishouden? Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 338-40.

³ Soesbeek KH. Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 94-5.

Nota bene

Het moet mij van het hart dat in mijn praktijk een van de grootste bedreigingen voor ouderen gevormd wordt door de zgn. „goedbedoelde” zorg van familie en omgeving, die meent dat „het zo niet langer gaat”, dat ingegrepen moet worden, maatregelen getroffen moeten worden door andere professionele hulpverleners, opname zelfs prophylactisch nodig is in verzorgings-, verpleeg-, of ziekenhuis. Wij raken hier aan een mentaliteit in onze samenleving, die wel veel voelt voor financiële solidariteit, maar tegelijk meent dat problemen van onze naasten er zijn om door professionele krachten opgelost en weggeorganiseerd te worden.

Huygen FJA. Zorg voor ouderen in de eerste lijn. Ned Tijdschr Geront 1977; 8: 142-9.

Illustratief is de tabel uit een publikatie van de World Bank, waarin de gemiddelde leeftijd afgezet is tegen het jaarincome per inwoner. Daaruit blijkt dat rijke mensen betere vooruitzichten hebben op een lang leven dan arme mensen. Met elke tien dollar gemiddeld jaarincome meer, lijkt je een langer leven beschoren.

Wolffers I. Masker van de armoede. Baarn: Ambo, 1981.

Let op. Hier wil hij
wanneer hij wordt begraven
graag voorbijrijden.

Ze gaf de linker
omdat haar rechterhand nog
nat was van tranen.

Voorzichtig duwt hij
tussen haar dorre lippen
een pepermuntje.

In de motregen
bij 't hek van de begraafplaats
staat een herenfiets.

Zij is er niet meer
Alles staat nog als vroeger
maar het ruikt anders.